Cellulalgia e trigger point: capiamo il dolore!

SABATO 1/09/2018

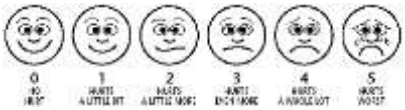
PROVIDER:
www.edizionemartina.com

EDIZIONI MARTINA

dr Manelli Alessandro

Il Dolore

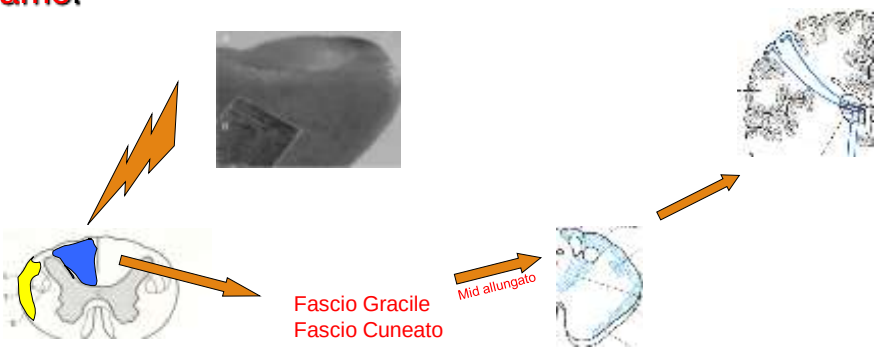
- **È la causa più** frequente **che spinge il paziente a consultare** il medico per quanto riguarda la patologia vertebrale comune.
- Percepito dai pazienti in maniera soggettiva, rappresenta il sintomo chiave in affezioni, la cui prognosi vitale non è mai in gioco e la prognosi funzionale lo è raramente.



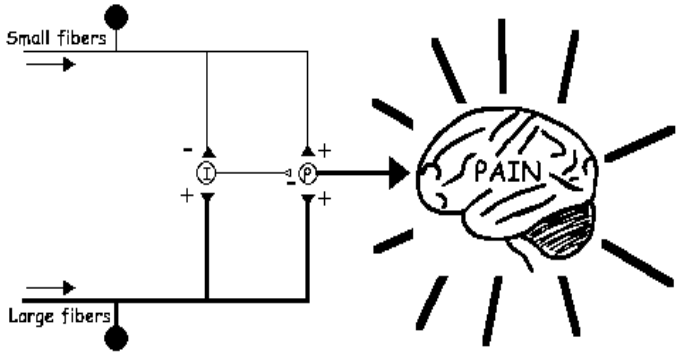
- Il dolore deriva da un processo complesso che interessa fenomeni sensoriali centrali, affettivi ed emozionali.

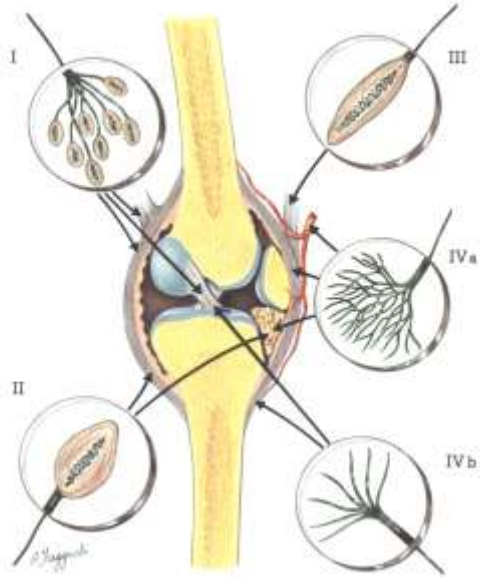
- Se il dolore acuto è un segnale d'allarme, quello cronico può diventare una malattia propriamente detta, senza più rapporti con le lesioni iniziali.

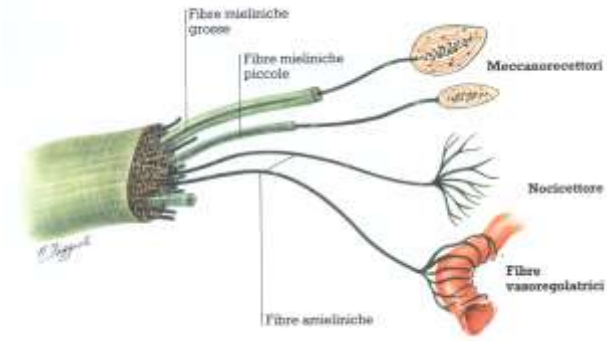
- **I messaggi nocicettivi, in partenza dai recettori periferici, raggiungono il sistema nervoso centrale, percorrendo diverse vie, con connessioni sinaptiche nel corno posteriore del midollo spinale, del tronco cerebrale e nei nuclei del talamo.**

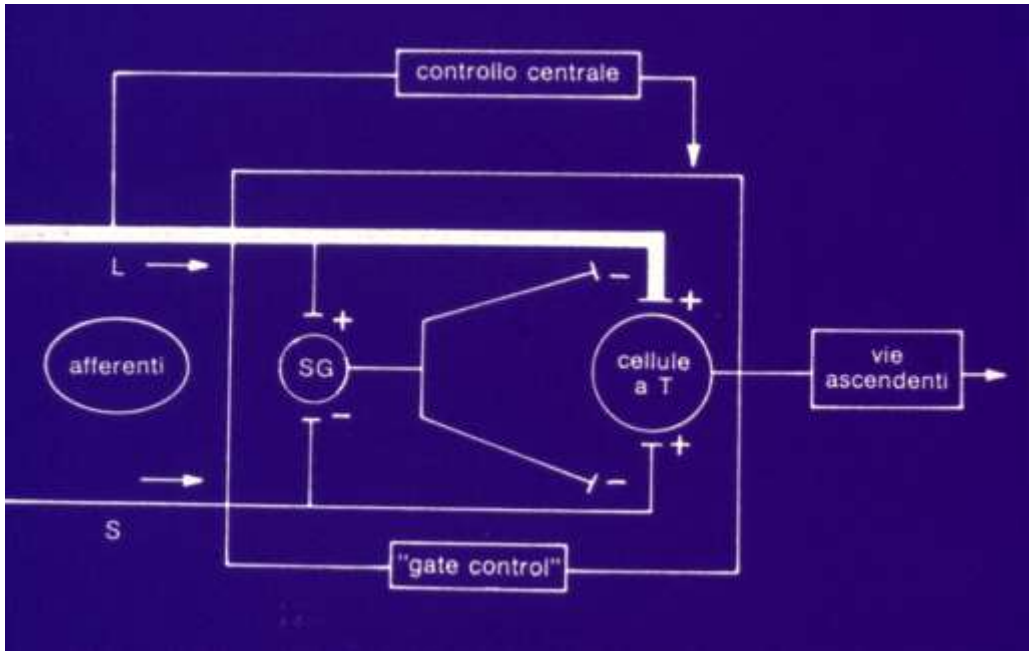


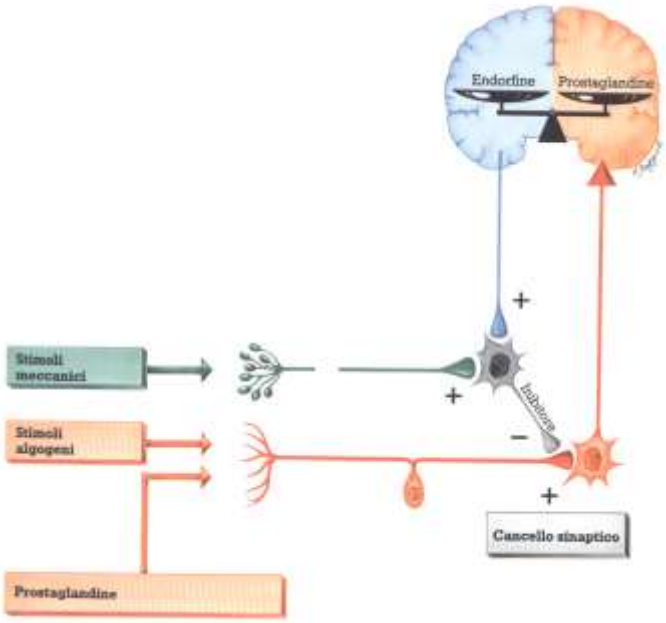
- La trasmissione dei messaggi nocicettivi è soggetta a controlli inibitori. Il primo si avvale del sistema del cancello ("gate control" di Melzack e Wall, 1962). È puramente segmentario: le fibre di grosso calibro che trasportano la sensibilità epicritica, inibiscono l'attività delle fibre di piccolo calibro, che trasportano la sensibilità dolorosa.








controllo centrale
L
afferenti
SG
cellule a T
vie ascendenti
S
"gate control"


Endorfine
Prostaglandine
Stimoli meccanici
Stimoli algogeni
Inibizione
Cancello sinaptico
Prostaglandine

Classificazione del dolore

dal punto di vista topografico

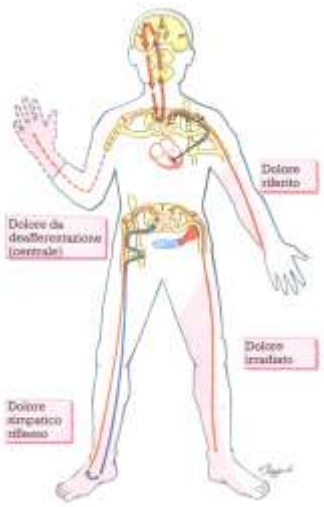
1. Dolore somatico: corrisponde ad una localizzazione algica nello stesso punto in cui ha origine il messaggio nocicettivo. Si tratta di un'irritazione presente a livello dei nocicettori articolari: i disturbi dolorosi intervertebrali minori (DDIM) descritti da Maigne ne sono un esempio clinico.

2. Dolore proiettato (o irradiato): corrisponde ad una irritazione diretta di una struttura nervosa, per esempio un ramo anteriore o posteriore del nervo spinale, in grado di provocare un dolore avvertito a distanza nel territorio metamerico. Tipico è il dolore da compressione radicolare discale. Anche la cellulalgia e la mialgia da sofferenza del ramo posteriore e la Sindrome cellulo-teno-mialgica vertebrale segmentaria (CTM) di Maigne potrebbero avere questa origine.

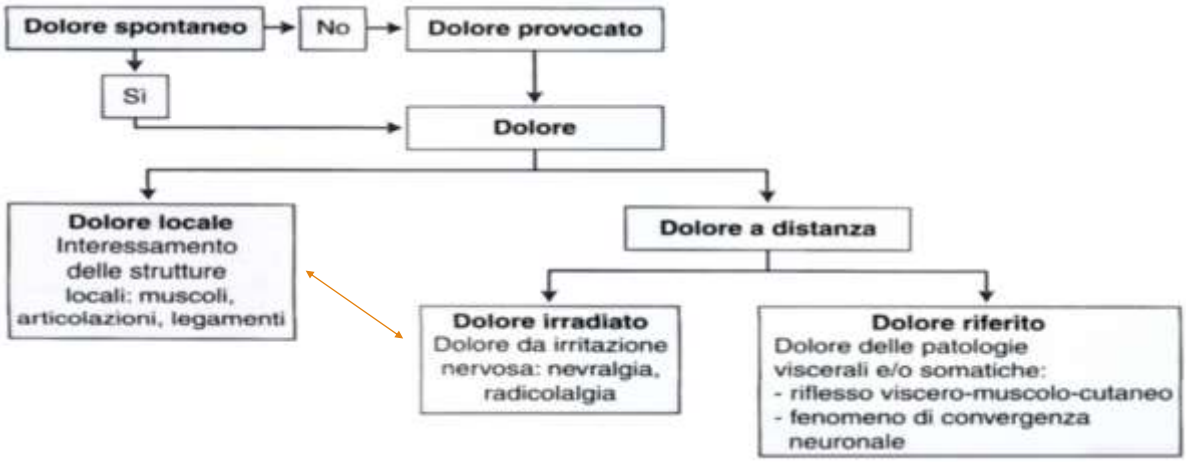
3. Dolore riferito: in ciascun metamero delle corna posteriori del midollo esiste una convergenza d'influssi nocicettivi provenienti da terminazioni differenti, cutanee, muscolari, articolari e viscerali. I dolori riferiti sono noti: quello che si localizza sulla faccia mediale del braccio sinistro nell'infarto miocardico, le dorsalgie d'origine pancreatica, gastrica o colica.

4. Dolore simpatico riflesso: si accompagna a turbe trofiche quali edema, disturbi vasomotori, sudorazioni, alterazioni ungueali. In questi casi esisterebbe uno squilibrio tra l'azione delle grosse fibre inibitorie propriocettive e le piccole fibre dolorifiche, probabilmente per un difetto centrale di regolazione del sistema modulatore discendente.

5. Dolore da deafferentazione: il paziente accusa dolore a carico di una struttura che non esiste più: il dolore dell'arto fantasma.

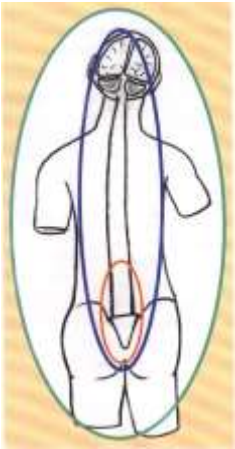


Algoritmo del dolore

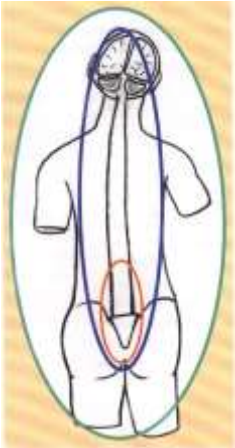


Classificazione del dolore in funzione della causa: i tre cerchi del dolore vertebrale

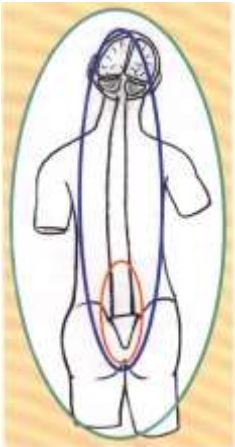
Primo cerchio vertebrale: è un dolore che proviene dal rachide, più precisamente dal segmento mobile, il quale comprende gli elementi che uniscono ed articolano due vertebre tra loro. Può essere dovuto ad una lesione discale o articolare posteriore, ad un legamento, ad un nervo o ad ogni altra struttura legata alla colonna.

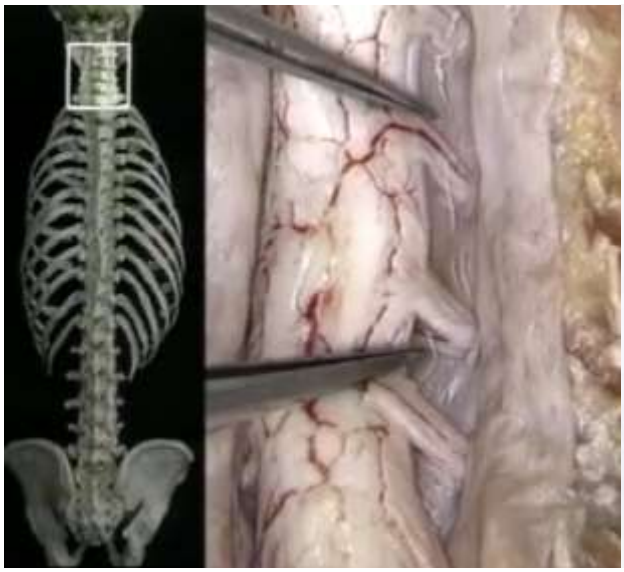


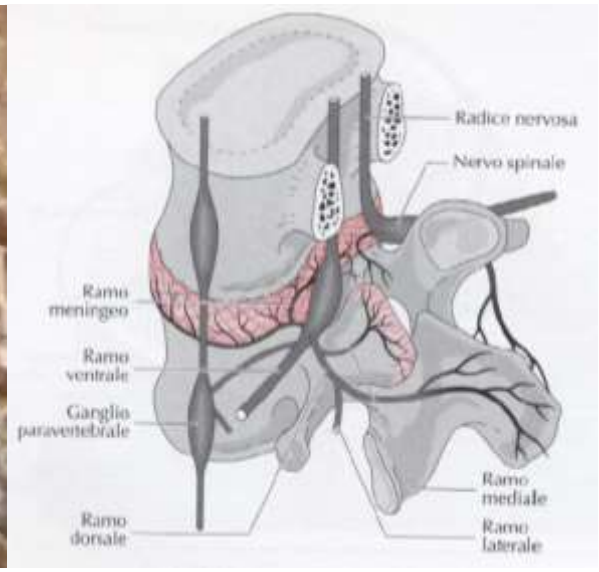
Secondo cerchio neurofisiologico: sono dolori che non provengono dalla colonna vertebrale, ma dal sistema nervoso centrale. L'anomalia responsabile risiede nelle vie nervose del dolore sotto forma di disfunzione dei relais midollari o encefalici di queste vie. Un esempio è fornito dalla "fibromialgia". È utile in questi casi la presa in carico dei pazienti con specifica farmacoterapia supportata se necessario, da adeguata psicoterapia.

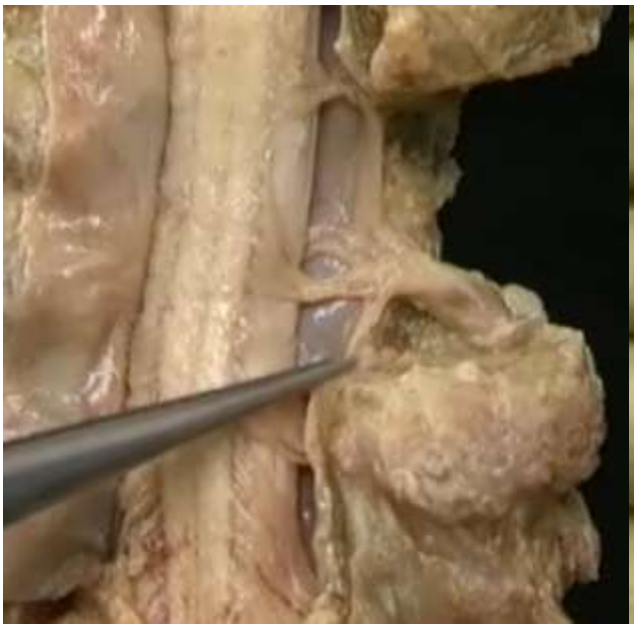


Terzo cerchio psicosociale: studi epidemiologici hanno evidenziato l'importanza dei fattori psicologici e sociali nelle lombalgie croniche gravi ed invalidanti. Sono soprattutto legate ad incidenti sul lavoro, alla presenza di conflitti medico-legali. Il trattamento sociale (la pensione anticipata o reinserimento nel lavoro) sono i soli di una certa utilità.

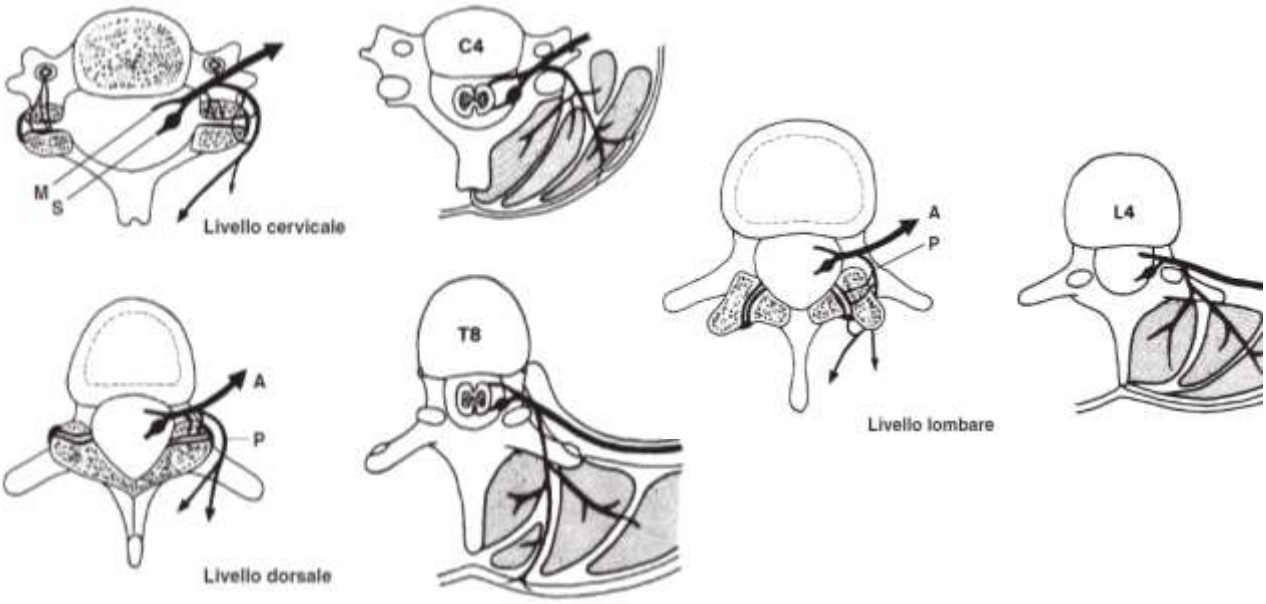




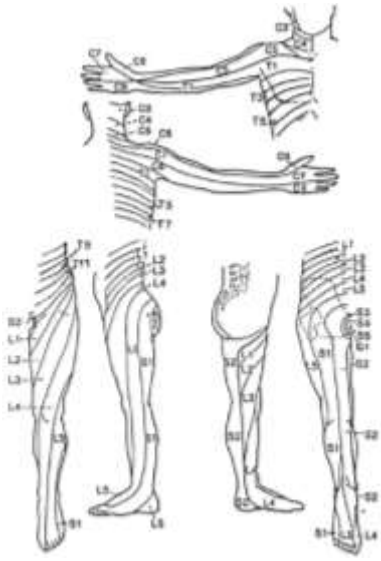

Radice nervosa
Nervo spinale
Ramo meningeo
Ramo ventrale
Ganglio paravertebrale
Ramo dorsale
Ramo mediale
Ramo laterale

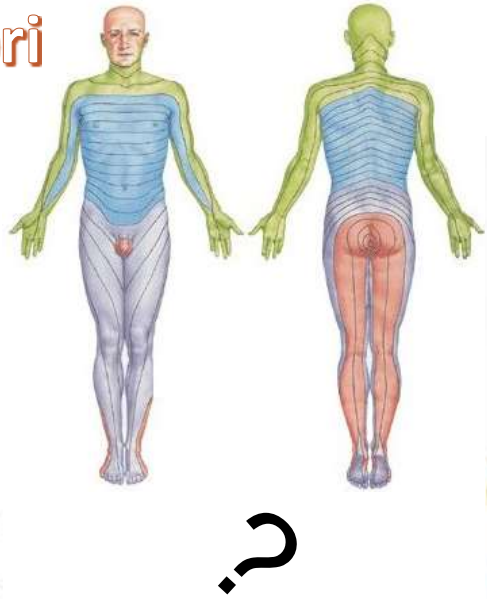


Posterior Primary Ramus
Anterior
Primary
Ramus


M
S
Livello cervicale
C4
A
P
Livello dorsale
T8
A
P
Livello lombare
L4

Rami posteriori





Rami posteriori

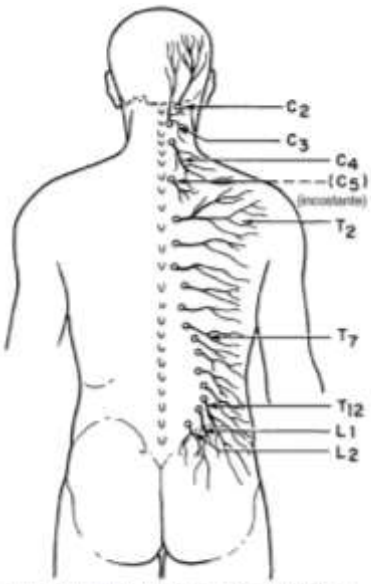
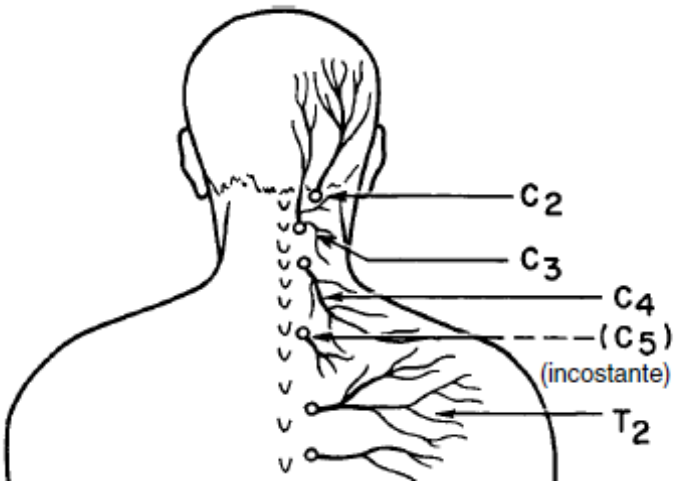
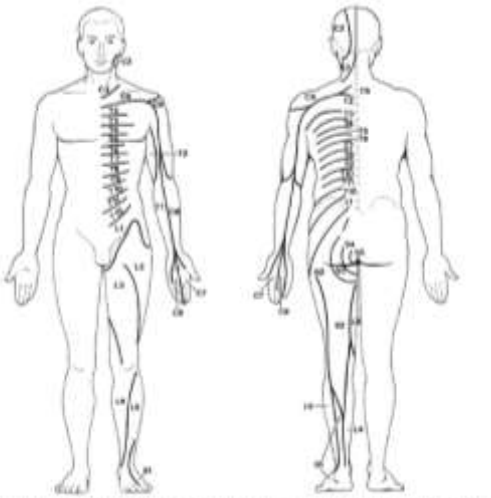
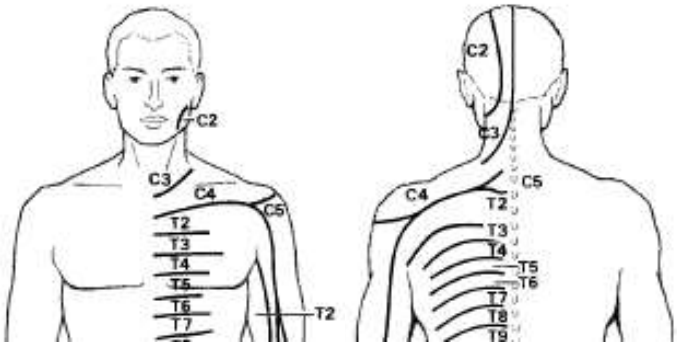


Figura 2.4. Rami cutanei delle branche posteriori. Le variazioni individuali sono frequenti. Il ramo cutaneo di C5 e di T1 è incostante, mentre non è presente in C6, C7 e C8.

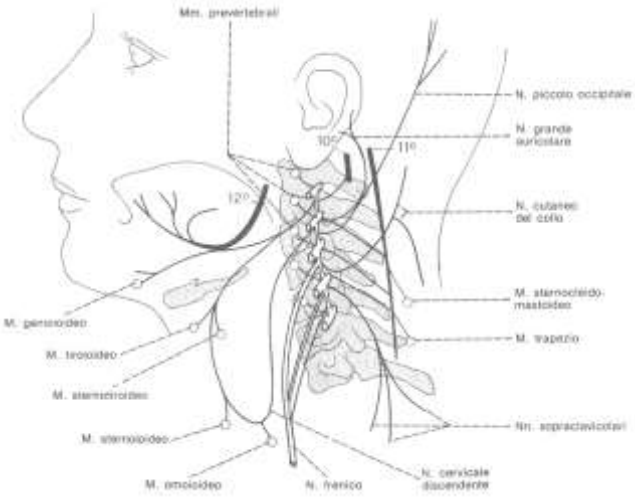


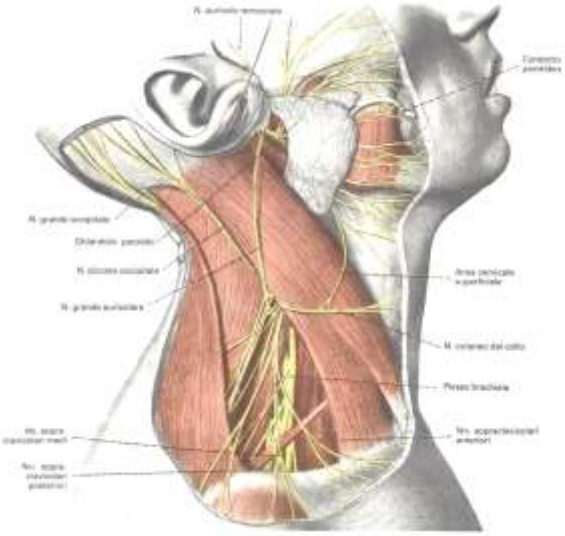


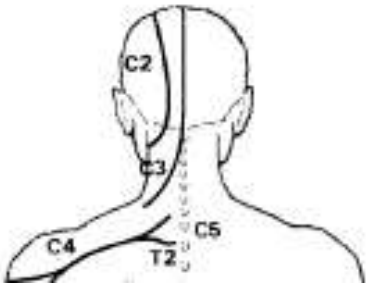
Rami posteriori



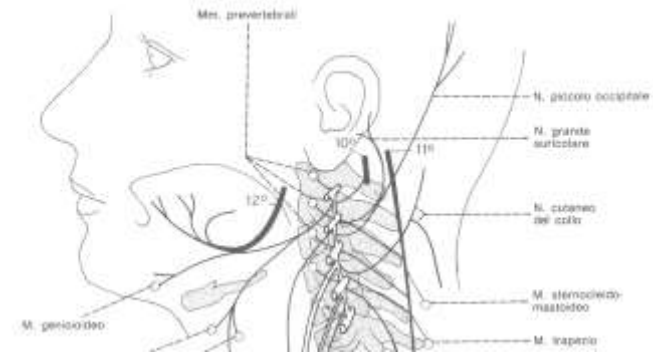
Rami anteriori: Plesso Cervicale

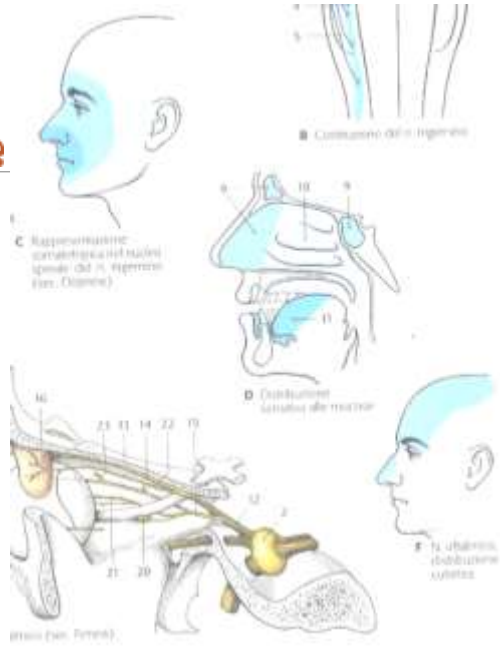


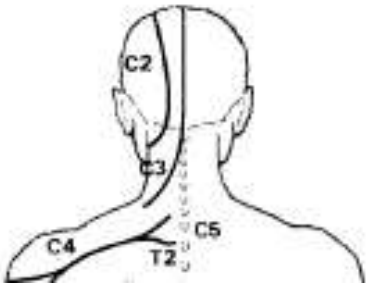




Interferenze





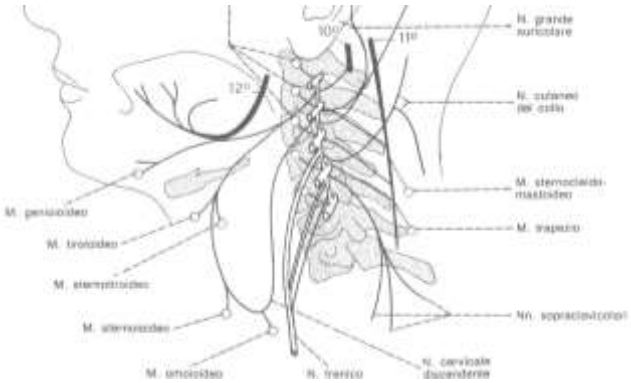


Interferenze

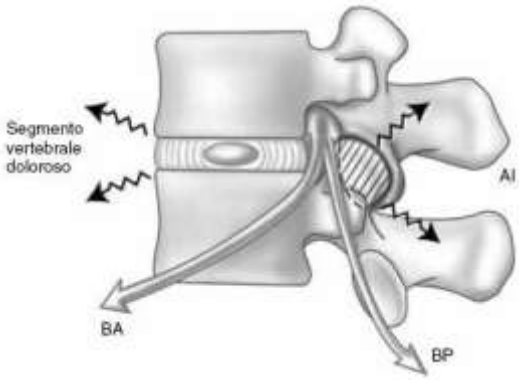
il muscolo sterno-cleido-occipito-mastoideo (SCOM) è innervato da C2;

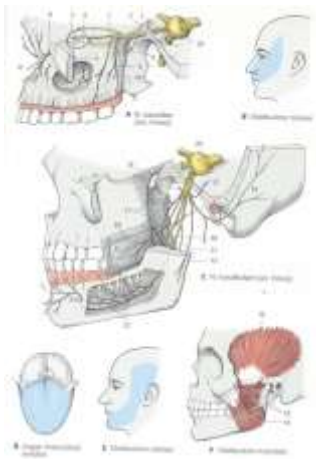
il muscolo trapezio, l'elevatore della scapola e lo scaleno medio sono innervati da C3-C4;

Infine è da sottolineare che i muscoli SCOM e il trapezio presentano anche innervazione dall'XI paio dei nervi cranici, l'accessorio.

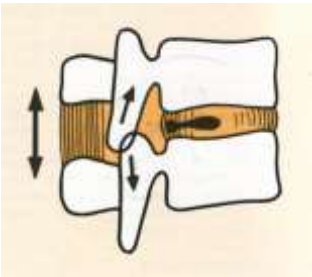


L'esame codificato

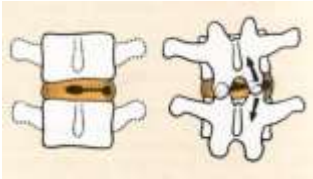




DDIM di Maigne

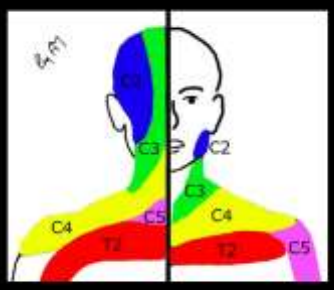


DDIM sono temporaneamente invalidanti, diretta conseguenza di traumatismi rachidei, sforzi, falsi movimenti, nonché di alterazioni gestuali e posturali (anche a distanza dal sito di localizzazione).

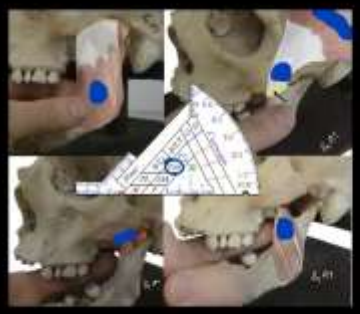


Sindrome segmentaria cellulo-teno-mialgica (CTM)

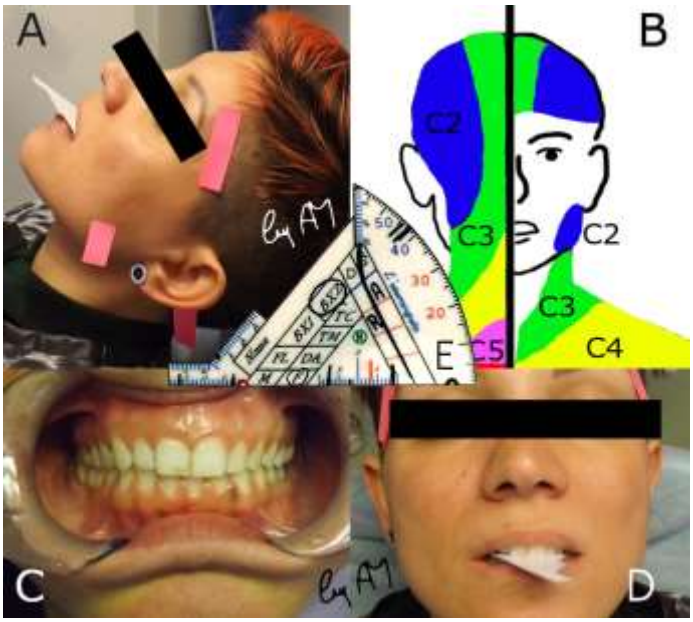
Per CTM si intende una serie di modificazioni palpabili della consistenza e della sensibilità dei tessuti cutanei (dermocellulalgie), muscolari (cordoni mialgici o trigger point), e teno-periostei (tendinalgie) in relazione con la sofferenza di un segmento vertebrale, compreso il DDIM.



Irritazione cellulalgica territori C2-C3



Mialgie o Trigger points muscolari



Grazie